



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE PARTO HUMANIZADO EN PACIENTES DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2016**

PROYECTO DE INVESTIGACION PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO

AUTORAS:

XIMENA ALEXANDRA COCHANCELA ALVEAR C.I: 0104795612

MARIA DEL CARMEN PAUCAR PACCHA C.I: 0705652121

DIRECTOR:

DR. JORGE VICTORIANO MEJÍA CHICAIZA C.I: 0101557890

CUENCA - ECUADOR

2017



RESUMEN

Antecedentes generales: se define parto normal a la evolución espontánea que respeta la fisiología, en el cual el personal acompañante además de velar por el bienestar de la madre y del recién nacido, deberá brindar un apoyo emocional(1).

El parto humanizado se basa en restituir el poder de decisión a la mujer, respetando sus valores, creencias, sentimientos, tratando de armonizar las creencias ancestrales y la medicina basada en la evidencia(2).

Objetivo: identificar el cumplimiento de las normas del Parto Humanizado en pacientes de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso 2016.

Metodología: estudio descriptivo de una población de 300 mujeres atendidas en obstetricia, se recolectaron datos demográficos y características de Parto Humanizado mediante una encuesta, los datos se agruparon y se tabularon usando Microsoft Excel y el software SPSS para la realización de tablas. Para el análisis de los resultados se emplearon la estadística descriptiva, con frecuencia y porcentajes.

Resultados: la edad más frecuente fue entre los 16 -20 años con el 30,0%; en cuanto al cumplimiento de normas del Parto Humanizado se obtuvo el 94% tuvo un trato respetuoso, el 7,7% tuvo un acompañante, al 58,0% se le permitió elegir la posición de parto, al 67,7% se le explicaron alternativas para el manejo del dolor. Al 80% se le realizó menos de tres tactos vaginales. El 95% tuvo apego precoz y al 97% recibió alimentación (infusiones).

Conclusión: los resultados evidenciaron que la mayoría de las características del Parto Humanizado se cumplieron.

Palabras claves: PARTO HUMANIZADO, CUMPLIMIENTO, NORMAS, TRATO RESPETUOSO, EMBARAZADAS, POSICION, PARTO, ACOMPAÑANTE, LITOTOMIA.



ABSTRACT

General background: normal spontaneous evolution is defined as a normal delivery that respects physiology, in which accompanying staff, in addition to ensuring the well-being of the mother and newborn, should provide emotional support (1).

Humanized childbirth is based on restoring the power of decision to women, respecting their values, beliefs, feelings, trying to harmonize ancestral beliefs and medicine based on evidence (2).

Objective: to identify compliance with the rules of Humanized Delivery in Obstetrics patients of Vicente Corral Moscoso Hospital 2016.

Methodology: descriptive study of a population of 300 women attended in obstetrics, demographic data and characteristics of Humanized Delivery were collected through a survey, the data were grouped and tabulated using Microsoft Excel and SPSS software for tables. Descriptive statistics were used for the analysis of the results, with frequency and percentages.

Results: the most frequent age was between 16 -20 years old with 30.0%; In terms of compliance with Humanized Childbirth standards, 94% had a respectful treatment, 7.7% had a companion, 58.0% were allowed to choose the position of childbirth, 67.7% were given Alternatives for pain management. At 80%, she had less than three vaginal touches. 95% had early attachment and 97% were given food (infusions).

Conclusion: the results showed that most of the characteristics of the Humanized Delivery were fulfilled.

Keywords: HUMANIZED DEPARTMENT, COMPLIANCE, RULES, RESPECTFUL TREATMENT, PREGNANCY, PARTNER, POSITION, ACCOMPANYING



INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. CAPITULO I.....	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
2. CAPITULO II.....	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1. PARTO HUMANIZADO.....	16
CAPÍTULO III.....	23
3. OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
CAPÍTULO IV	24
4. DISEÑO METODOLÓGICO	24
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	24
4.2 ÁREA DE ESTUDIO	24
4.3 UNIVERSO	24
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
4.5 VARIABLES.....	25
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	25
4.7 PROCEDIMIENTOS Y ANALISIS DE DATOS	26
4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	27
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
CAPÍTULO V	28
5. RESULTADOS.....	28
CAPÍTULO VI.....	35
6. DISCUSIÓN	35
CAPÍTULO VIII	41
8. BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS.....	46



Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Ximena Alexandra Cochancela Alvear, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “Cumplimiento de normas de parto humanizado en pacientes de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso 2016”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca ,25 de mayo del 2017

Ximena Alexandra Cochancela Alvear

C.I. 0104795612



Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional

Maria del Carmen Paucar Paccha, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “Cumplimiento de normas de parto humanizado en pacientes de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso 2016”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca ,25 de mayo del 2017.

María del Carmen Paucar Paccha

C.I. 0705652121



RESPONSABILIDAD

Yo, Ximena Alexandra Cochancela Alvear, autora del proyecto de investigación “CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE PARTO HUMANIZADO EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2016” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de mayo del 2017.

A handwritten signature in blue ink, reading "Ximena Alvear", with a horizontal line underneath.

Ximena Alexandra Cochancela Alvear
C.I. 0104795612



RESPONSABILIDAD

Yo, María del Carmen Paucar Paccha, autora del proyecto de investigación “CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE PARTO HUMANIZADO EN LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de mayo del 2017.

A handwritten signature in blue ink, reading 'María del Carmen Paucar Paccha', written over two horizontal lines.

María del Carmen Paucar Paccha

C.I. 0705652121



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por su bendición en el transcurso de la realización de este proyecto.

A nuestro director y asesor de tesis, Dr. Jorge Mejía por su apoyo incondicional y con sus conocimientos y experiencia nos ayudó a culminar esta investigación.

De igual manera a nuestros docentes que durante nuestra carrera profesional han contribuido con sus conocimientos a nuestra formación académica.

A nuestras familias por apoyarnos en todo momento.

Así mismo agradecer al Hospital Vicente Corral Moscoso que nos abrió sus puertas durante todos estos años de estudio y su importante aporte a este proyecto.



DEDICATORIA

Dedico esta investigación de manera especial a mi tío Vicente, un gran ser humano un padre para mí, que con su amor, comprensión, apoyo y consejos me permitió continuar y culminar este gran sueño.

A mi abuelita Luz una persona única en este mundo, que cuando estoy mal me cuida y me demuestra su cariño.

A Miguel mi hermano, ejemplo a seguir que siempre ha estado conmigo, muchas veces cumpliendo el papel de padre.

A Víctor y Gladys padres ejemplares aunque no estén aquí, siempre están pendientes de su hija, demostrándome su amor y brindándome lo mejor para poder llegar a finalizar esta carrera.

A Carmen que durante estos años de estudios se convirtió en mi mejor amiga pues ha estado ahí incondicionalmente e hizo de esta experiencia una de las más especiales.

Y a todo la familia en general porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir buenos y malos momentos conmigo.

Gracias Dios por la gran familia que tengo y por poder cumplir este hermoso sueño.

Ximena.



DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

Con mucho cariño principalmente a mis padres que me dieron la vida; y al final de la misma no encuentro la forma de agradecer todo lo que han hecho por mí.

Gracias por enseñarme a amar a Dios, por su apoyo incondicional, por sus regaños, por sus sí y sus no; por enseñarme a luchar con razón, por su ejemplo, amor y confianza a ustedes que fueron testigos del camino andado para llegar hasta aquí y porque sé que mi sueño era el suyo también; sepan que su unión fue la fuerza que me impulso y su amor el estímulo que me ayudó a lograrlo. El logro hoy alcanzado es también de ustedes, resultado de sus esfuerzos sacrificios y el tiempo invertido en mí.

A mi compañera incondicional Ximena que sin su apoyo y su constante preocupación no hubiéramos logrado esta meta, además de demostrarme que podemos ser grandes amigas y compañeras de trabajo a la vez.

Por lo que ha sido y será gracias.

Con amor y admiración.

Carmen



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la humanidad el trabajo de parto se ha realizado de manera individualizada siendo así, sus primeros indicios los encontramos en los papiros de Ebers. En la época de Homero en la antigua Grecia se tendrían los primeros detalles del proceso del parto (3).

Si bien en la época pre obstétrica la atención de las parturientas se realizaba en las casas de las mismas y eran asistidas por las comadronas o personas allegadas con experiencia en este tema, este papel fue desplazado poco a poco por personas con mayor entrenamiento y conocimientos científicos aplicables. Es así que con el advenimiento de la Obstetricia que significa “arte de partear” se trata de minimizar los riesgos en el parto, esta rama de la medicina busca la protección, el cuidado de la madre e hijo en el proceso del embarazo, parto y puerperio (1), (3).

Con el pasar del tiempo esta ciencia se fue tecnificando a tal punto de que las mujeres gestantes han cedido su papel de decisión al médico tratante, siendo en la mayoría de los casos visto con normalidad por la sociedad, surgiendo así dos modelos de atención los mismos que son:

- Modelo Biomédico.
- Modelo Humanístico(4).

En la ciudad de Cairo en 1994 se determinó que “Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso” (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1996 establece una guía para la atención del parto en el cual busca “conseguir una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención de la manera más segura” (4).



En el año 2000 en la ciudad de Ceará en Brasil se llevó a cabo el Congreso de Humanización del Parto y el Nacimiento, que daría lugar a la conformación de las Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) (6).

En nuestro país existe una Guía Práctica Clínica del Parto Normal, en donde existen diversos procedimientos y recomendaciones a seguir, de los cuales en este trabajo se dará hincapié a lo relacionado con el concepto de Parto Humanizado, que buscan minimizar los riesgos de mortalidad materna y por ende garantizar el bienestar al recién nacido.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel de Latinoamérica el Ecuador es considerado como pionero en la introducción de un modelo de parto tradicional, respetando las costumbres y tradiciones de las comunidades nativas, además en su política de salud se implementaron normas, que fueron diseñados para mejorar la atención del parto en pacientes que acuden a un modelo de atención de medicina occidental (13).

Según la OMS “todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye una atención digna y respetuosa durante el embarazo y parto, a no sufrir violencia ni discriminación”, pero esta última aseveración no se cumple en su totalidad ya que esta problemática se agrava en casos de mujeres cuyas situaciones son de mayor riesgo, ya sea por su condición de etnias, clases sociales, edades o portadoras de ETS(7),(8).

En un estudio realizado en el Cantón Guamote en el año 2014 por Andrango Lara J. y GualanGualan P., concluyeron que en el 25% del personal de salud irrespeto su pudor, el 24% no respeto su privacidad, el 10% no se le permitió estar acompañada durante el parto y en el 7% tuvo dificultad para entender el lenguaje del paciente (9).

Otro estudio realizado en la ciudad de México en el año 2012 por Sachse M., Sesia P., Pintado A. y Lastra Z., se determinó que el 15.8% de las pacientes estuvieron acompañadas; en el 86.3% no se les permitió beber liquido durante la labor de



parto; y en el 45% se realizó un apego materno-infantil durante las primeras horas después del parto (10).

No existe un consenso internacional que determine y defina el maltrato obstétrico por lo que en la actualidad a nivel mundial se desconoce cuál es la incidencia real del mismo (7).

A nivel nacional existen leyes que velan por el bienestar de las madres, pero que resultan inespecíficas en el ámbito de la atención materna, por lo que el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, elaboró un código de ética dirigido a determinar los derechos y obligaciones de las pacientes, basados en leyes internacionales y nacionales (11); así mismo en el Cantón Cayambe en el año 2011 el MSP elaboró un protocolo de parto culturalmente adecuado en el cual dentro de sus acápites da a conocer, los derechos de las parturientas (12).

1.3 JUSTIFICACIÓN

La importancia de este estudio de investigación se centra en valorar el cumplimiento de las normas para la atención de Parto Humanístico en pacientes gestantes que acudieron al área obstétrica del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM).

Si bien en el año 2009 la legisladora de la provincia de Cotopaxi propone un proyecto de ley de parto acompañado o parto humanizado, en el cual se busca que el acto del parto sea considerado como un proceso natural, fisiológico y que no sea enmarcado dentro de un proceso patológico como es tratado en la mayoría de los servicios de salud públicos y privados; es así que el 14 de marzo del 2016 en la Asamblea Nacional se presenta el proyecto de Ley de Práctica Intercultural para el Parto Humanizado en el Sistema Nacional de Salud cuyo objetivo busca “garantizar la práctica de la salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos sobre el parto en el sistema nacional de salud; para asegurar el ejercicio integral de los derechos de la mujer, el niño y la familia, facilitando el acompañamiento del padre o una persona de la familia en el proceso de embarazo parto y posparto” (13).



Es así que el Ministerio de Salud Pública (MSP), determino que "la Guía Práctica Clínica del Parto Normal será el documento de referencia para el cumplimiento de la atención del Parto Respetado basado en las más altas recomendaciones de evidencia científica" (14).

Hay que tomar en cuenta que este normativo no detalla prácticas culturales como el respeto a la vestimenta, entrega de la placenta; no obstante, si cubre con las recomendaciones en cuanto a la atención del parto determinadas por la OMS en las que se busca garantizar un trato respetuoso y un tratamiento seguro a todas las mujeres durante el parto, independientemente de su etnia (14).

Por lo que el estudio que realizamos se encuentra dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud en el área 19 del Sistema Nacional de Salud, dentro de la línea de investigación de Calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo.

La información y los datos que se obtuvieron en la investigación podrán ser utilizados por el personal de salud, para concientizar la importancia del Parto Respetado, además proporcionará datos donde se constatará si el personal de salud aplica la normativa de Parto Humanizado. También permitirá a esta institución, a través de sus resultados, tomar acciones para contrarrestar sus debilidades, garantizando de esta manera un adecuado trato a las pacientes.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. PARTO HUMANIZADO

Si bien la OMS se define como parto humanizado aquel que se realiza de manera espontánea y que se constituya de bajo riesgo, manteniéndose así desde el inicio del parto, hasta el alumbramiento. En el año 2000 en la ciudad de Ceara se contempla por primera vez la definición de Parto Humanizado el cual determina al parto y al nacimiento como el principal punto de partida para el desarrollo de la vida ya que son considerados procesos que afectan el resto de la existencia humana (15).

Existe dos fundamentos que permite brindar un parto humanizado, el primero lo constituye el respeto que deben brindar los centros de salud hacia las mujeres, pero también hacia sus familiares. En segundo lugar, se busca evitar prácticas innecesarias tanto para la madre como para el recién nacido, es decir se busca adoptar procedimientos que sean beneficiosos para todos (15).

Por lo tanto, el parto debe ser considerado como un proceso natural que respeta la fisiología y la sexualidad de la mujer, en caso de complicaciones que requieran atención médica, se debe realizar bajo el consentimiento de la mujer y tomando en cuenta sus peticiones (32).

En si el termino Parto Humanizado pretende reconocer como únicos protagonistas a la madre e hijo, así como también a los familiares más allegados; además trata de respetar la intimidad del acto para fortalecer el vínculo no solo con sus familiares si no también con el personal de salud que los asiste (16).

Este tema es muy complejo ya que no solo involucra la perspectiva de la medicina basada en evidencias si no también se debe acoplar a las perspectivas antropológicas, social, cultural, y psicológica (32).



2.2. TRATO PROFESIONAL A LA USUARIA Y LA FAMILIAS

Si bien la al hablar de trato profesional, nos enfocamos básicamente en la calidad de atención por parte del personal de salud, ya que, en la mayoría de los servicios de salud de nuestro país, son los pacientes y familiares quienes demandan de un bienestar físico, social o psicológico (33).

Es así que el OMS define a la calidad como, “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (33).

Para que el embarazo progrese de la mejor manera es necesario establecer una buena relación médico paciente, es por eso que el profesional es su deber presentarse y llamar por su nombre a la gestante y así crear un fuerte vínculo de confianza, además deberá comunicarle todo sobre la evolución del parto, el estado del feto y los diferentes procedimientos de una manera clara, completa y entendible (17).

Es decir, obtener el consentimiento informado, que para la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) es aquel que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda(18).

En un estudio realizado en Lima en el año 2012 por Espinoza Rojas J., concluyó que el 66% de las mujeres expresaron descontento al esperar más de 40 minutos en recibir atención médica, en cambio el 93% de las pacientes percibió un trato respetuoso por parte del personal médico (19).

2.3. ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO CONTINUO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Se recomienda que la mujer en trabajo de parto pueda estar acompañada de la persona con la cual ella se sienta más cómoda: su pareja, la mejor amiga o un



familiar ya que favorece el trabajo de parto reduciendo el tiempo del mismo, disminuye el número de cesáreas y el uso de analgesia e incluso beneficia la salud fetal (10).

Sería ideal iniciar la preparación de la gestante y del familiar en forma simultánea durante el embarazo, para instaurar el papel a desempeñar del acompañante durante el trabajo de parto (tratar de mejorar el control de la madre verbalmente o con contacto físico a través de masajes en la espalda o tomando sus manos además acompañar su deambulación), sin embargo, si esto no pudo ser realizado no debe ser impedimento para el ingreso de la persona que elija la embaraza. Por lo tanto, el acompañante en las salas de parto y parto contribuye a lo que es una atención de calidad (10), (17).

En una serie de ensayos realizados en EL 2013 en países como EE. UU, Canadá, Bélgica, Francia, Grecia, Sudáfrica, Nigeria, Australia, Brasil, Tailandia, México, Guatemala, Chile e Irán por Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, demostraron que el acompañamiento y apoyo de una persona capacitada para tal fin durante todo el trabajo de parto: disminuye la duración del mismo, además de una reducción en la utilización de analgesia regional, una menor incidencia de partos instrumentados, un decrecimiento de cesáreas, menos cantidad de recién nacidos con un Apgar < 7. Finalmente todo el apoyo ofrecido reduce significativamente la ansiedad y los sentimientos negativos sobre su experiencia de parto 24 horas después de haber dado a luz (20).

2.4. POSICIÓN DE PARTO

Hoy en día la posición de parto que más se usa para dar a luz es la de litotomía, la misma que fue implementada por Mauriceau, quien la consideró la más adecuada para el personal médico, durante la utilización de forcép en partos complicados, sin embargo, esta no es la más idónea para proteger la zona perineal durante el trabajo de parto (20) (31).

El desarrollo del parto debe ser realizado de la manera más natural es decir respetando la fisiología materna por lo que la deambulación y los cambios de posición



brindan comodidad y seguridad a la madre, ya que lo único que se busca es generar confianza y bienestar (31).

Se considera que las posiciones verticales y móviles tienen más beneficios debido a que en primer lugar, usan la gravedad para apoyar el descenso de la cabeza fetal en la pelvis, a medida que esta entra en contacto con el cuello del útero provoca que las contracciones uterinas aumenten en intensidad, duración y frecuencia con lo que ayuda a la dilatación y por ende a la culminación de la primera etapa del parto; en segundo lugar ayuda a reducir la distocias, ya que las contracciones se vuelven más eficaces ayudando a la dilatación cervical y el descenso fetal (Roberts 1989; Rooks 1999; Walsh 2000); y por último tiene menor probabilidad de causar compresión en los vasos abdominales, lo que aumenta el flujo sanguíneo a la placenta y al feto (23), (24).

Varios ensayos sobre posición y movilidad materna durante la primera etapa del parto, comparó la posición erguida y ambulatoria (Caminar, sentarse, pararse, cuncillillas) con la posición boca arriba (supina, semi-Fowler y lateral), realizados en países como EE. UU, Reino Unido, Francia, Australia, Brasil, China, Finlandia, Japón, India, Ira, Suecia, Tailandia y Túnez. Fueron incluidos 25 ensayos con 5218 mujeres; se demostró que el periodo de dilatación fue una hora y media más corto el grupo erguido y ambulante (IC 95% -2.22 a -0.51) comparado con la posición supina y en decúbito. Las mujeres en posición erguida y ambulatoria tuvieron menor probabilidad de someterse a cesare (RR 0.71, IC 95% 0.54 A 0.94) y de recibir analgesia epidural (RR 0.81, IC 95% 0.66 a 0.99). No se observó diferencia entre los grupos en relación a la duración del periodo de expulsión u otros datos relacionados a bienestar materno y fetal (18), (22).

2.5. MANEJO DEL DOLOR

Durante el parto casi todas las mujeres experimentan dolor, su intensidad puede variar ampliamente de una mujer a otra, existen diferentes factores que lo incrementan como es la posición del feto, la fuerza de las contracciones, la ansiedad y el temor al dolor; es así que durante la primera etapa, con cada contracción uteri-



na aumenta la dilatación cervical, por lo que el dolor generado se comporta de manera difusa y mal localizada, ya que al ser transmitido hacia la región dorsal y lumbar de la médula espinal lo realiza a través de las fibras A delta y las fibras C. Durante la segunda etapa, el tipo de dolor se torna más intenso y su localización es más específica, pues el feto al generar presión en el suelo pélvico, produce una distensión del periné y por ende un estiramiento de las partes blandas del canal del parto (21).

Para la mayoría de las mujeres gestantes el trabajo del parto es considerado como una experiencia muy dolorosa, ya que el dolor se desencadena no solo por mecanismos centrales y periféricos, sino también por un intercambio de información que se realiza por vías ascendentes y descendentes. Es así que el dolor no solo involucra procesos fisiológicos, si no también factores emocionales, sensoriales, ambientales y existenciales (30)(23).

Dentro del parto humanizado la mujer puede tomar las decisiones durante toda la atención, incluyendo el uso o no de analgesia. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia menciona que son indicaciones para el uso de analgesia regional intraparto: la solicitud de la madre, presentación fetal anormal, cesárea anterior y deterioro del bienestar fetal (24).

Existen métodos alternativos que reducen el dolor e incrementan la satisfacción materna, es decir hace del parto una experiencia agradable para la mujer, entre las cuales mencionamos: la acupuntura, termoterapia, crioterapia y por último la masoterapia el cual consiste en un masaje lumbar como un método de alivio del dolor durante la primera y segunda etapa del parto (25).

2.6. TACTO VAGINAL

El tacto vaginal es un procedimiento que se realiza con mayor frecuencia en mujeres gestantes, que presentan dilatación o que se encuentra dentro de labor de parto; este debe ser realizado bajo normas de asepsia, pero a pesar de esto, no ayuda a disminuir los riesgos de infección materna o neonatal, ya que al manipular la



vagina se arrastra bacterias desde el orificio externo hacia la cavidad uterina, esta se constituye parte de la microbiota (34).

Se recomienda que el tacto vaginal se lo realice cada cuatro horas en condiciones normales (26), además de verificar si el procedimiento es indispensable y pedir el debido permiso a la gestante con el fin de garantizar su privacidad, comodidad y dignidad y debe explicar el motivo de que se haga el tacto además de informarle lo encontrado. Bajo ninguna circunstancia este procedimiento debe ser forzado o repetidos de manera innecesaria (34).

Un ensayo realizado en Reino Unido compara los tactos vaginales cada dos horas contra cada cuatro horas para valorar el avance en el trabajo de parto y se evidencia que no hay diferencia significativa. (44).

Algo a considerar es que el riesgo a infección aumenta mientras más tactos se realicen; es así que un estudio realizado en el año 2013 en Australia por Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M, determino que en presencia de ruptura de membranas, el número de tactos vaginales (menos de 3 tactos frente a 3 o 4 tactos) incrementó el riesgo de infección (OR= 2,06; IC 95%: 1,07-3,97), frente a 7-8 tactos (OR=3,80; IC 95%: 1,92-7,53), siendo un factor de gran importancia durante la primera etapa de parto ya que predispone a infecciones maternas o neonatales(27).

1.6. ALIMENTACION

Si bien la mayoría de las instituciones públicas de nuestro país ha implementado el ayuno, antes, durante y después del trabajo del parto para evitar el síndrome de aspiración del contenido gástrico, el mismo que fue descrito por Mendelson en la década de los 40; pero en la actualidad no hay un sustento científico que valide esta práctica, es así que en un estudio realizado en Estados Unidos por National Birth Center Study en 1989 con una muestra de 12000 mujeres que ingirieron alimentos durante la labor de parto, concluyeron que no existió una relación de morbilidad por aspiración(45), por lo que la OMS recomendó "no restringir de líquidos durante el trabajo de parto y permitir a las mujeres con trabajo de parto



que progresan con normalidad ingerir comidas livianas si las necesitan" (28). El parto al ser considerado como un ejercicio aeróbico moderado demanda de consumo de oxígeno y glucosa(29); por lo que en nuestro país diferentes comunidades implementan el uso de aguas endulzadas con panela en infusiones anís, manzanilla, paraguay, higo y ciertos alimentos para brindar energías durante el parto, las cuales deben ser administradas según las necesidades de la gestante (30).

1.7. APEGO PRECOZ

Se conoce como el contacto inmediato e íntimo entre la piel de la madre y del recién nacido con el fin de crear un vínculo que le permitirá una mejor adaptación en el mundo exterior (34).

Al hablar de apego precoz no solo nos referimos al contacto sino también a la lactancia materna y el alojamiento conjunto con la progenitora como lo recomienda la Normativa Neonatal.

Al nacer el recién nacido pasa por una valoración general en donde se constatará que este activo y no tenga ninguna complicación, posteriormente durante esto se procede al pinzamiento del cordón umbilical una vez que este haya dejado de latir, posteriormente se coloca sobre el abdomen o el pecho descubierto de la progenitora simultáneamente se procede a la estimulación mediante secado con una manta ligera y caliente, se recomienda no secar las manos del bebé ya que esto facilitará su llegada al seno materno (34).

Por último se debe incentivar a la madre que lo acaricie sin miedo y que le realice de una manera afectiva.



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el cumplimiento de las normas del Parto Humanizado en pacientes de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Caracterizar el grupo de estudio según edad, instrucción, ocupación, etnia y ubicación.

3.2.2 Identificar el trato profesional en el parto humanizado.

3.2.3. Establecer el acompañamiento durante el parto.

3.2.4. Determinar la elección de la posición del parto.

3.2.5. Determinar el manejo del dolor de parto.

3.2.6 Establecer la frecuencia del tacto vaginal en pacientes atendidas en el servicio de obstetricia.

3.2.7. Identificar el cumplimiento de apego precoz.

3.2.8. Determinar la alimentación durante el parto.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, cuantitativo, prospectivo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro Obstétrico del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en el sector El Paraíso de la parroquia Huayna Cápac, de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay en el año 2016.

4.3 UNIVERSO

El Universo lo constituyeron todas las gestantes atendidas en el área de Obstetricia del HVCM después del trabajo de parto entre los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2016. Para la obtención de la muestra de este estudio, se consideró el número de partos vaginales en los meses previos al estudio, siendo promedio de 110 partos mensuales, por lo que se determinó que el universo para este estudio fuera de 300 pacientes durante el tiempo establecido.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se consideró en esta investigación a todas las pacientes puérperas que tuvieron parto normal en el HVCM entre los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2016.
- Edad entre 18 y 45 años.
- Tener el consentimiento firmado por parte de las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia.



- Pacientes que se encuentren dentro de las primeras 24 horas pos parto vaginal.

4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que voluntariamente decidieron no participar en el estudio
- Pacientes con trastornos mentales.
- Pacientes con alteración del estado de conciencia.
- Pacientes bajo los efectos de sedación.
- Pacientes iletradas.
- Pacientes pos cesárea.

4.5 VARIABLES

Edad, instrucción, estado civil, ocupación, residencia, paridad, parto humanizado.

4.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (ANEXO N°1)

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.6.1 Métodos

Se recolectó los datos mediante una encuesta validada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú (43), después se realizó procesamiento y posteriormente la descripción de los resultados.

4.6.2 Técnicas

Las encuestas dirigidas a las pacientes luego de realizado el parto, para verificar el cumplimiento de las normas de un Parto Humanizado.

4.6.3 Instrumento:

El instrumento lo constituye una encuesta, la misma que consta de 8 secciones siendo un total de 26 preguntas, en la primera sección hace referencia a las carac-



terísticas sociodemográficos que consta de: edad, estado civil, nivel de instrucción, residencia y ocupación; el resto de la encuesta hace hincapié a las características de un Parto Humanizados: trato profesional, acompañamiento, posición para el parto, manejo del dolor del parto, tacto vaginal, alimentación y apego precoz, en su mayoría la encuesta se basa en preguntas dicotomías, la misma que facilito la recolección de datos, en un tiempo estimado entre 5 a 10 minutos por paciente.

Las encuestas fueron previamente aplicadas a 30 pacientes pos parto vaginal del área de obstetricia del HVCM, para valorar la aplicación de este instrumento, tanto en la comprensión de la preguntas por parte de las pacientes, así como también el tiempo estimado de la recolección de datos, este procedimiento se llevó acabo en el mes de septiembre, con lo que se garantizó que la muestra de este estudio no haya sido alterada.

4.7 PROCEDIMIENTOS Y ANALISIS DE DATOS

Las encuestas se aplicaron a pacientes del área de obstetricia del HVCM en el transcurso de las 24 horas pos parto eutocico, la realización de la preguntas se realizaron de manera personalizada; el tiempo que se empleo fue de aproximadamente 10 minutos ya que existieron ciertos ítems que necesitaron una mayor explicación como: el manejo del dolor, las diferentes posiciones de parto y el acompañamiento, en el transcurso de la encuesta se aclararon varias inquietudes en cuanto a sus derechos y la aplicación de las mimas por parte del HVCM.

Una vez obtenida la información, los datos se agruparon y se tabularon usando Microsoft Excel y el software SPSS para la realización de tablas y por ende la interpretación de las mismas.



4.7.1 Autorización

Se solicitó la aprobación por parte de la comisión de bioética de la Universidad de Cuenca para empezar con la investigación, así como a las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La información se procesó mediante el programa estadístico Microsoft Excel y SPSS para poder obtener datos como la distribución de frecuencias posteriormente se elaboraron tablas, las que permitió una clara comprensión de los resultados. Para el análisis se realizó un cruce de datos entre los resultados y se emplearon las estadísticas descriptivas con frecuencia y porcentajes.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Las identidades de cada paciente fueron tratadas con absoluta confidencialidad ya que cada formulario consta de datos demográficos como edad, instrucción, estado civil, ocupación, etnia y ubicación. Toda la información recolectada fue destinada únicamente a este estudio con fines investigativos. Las personas responsables de la recolección de los datos fueron únicamente los autores de esta investigación, con lo que se garantizó la reserva total de los datos.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS 300 PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HVCM, CUENCA 2016.

		N°	%
Edad	< 15	10	3,3
	16-20	90	30,0
	21-25	77	25,7
	26-30	60	20,0
	31-35	26	8,7
	36-40	26	8,7
	> 40	11	3,7
	Total	300	100,0
Estado civil		N°	%
	Soltera	88	29,3
	Casada	148	49,3
	Unión libre	55	18,3
	Otro	9	3,0
	Total	300	100,0
Nivel de instrucción		N°	%
	Primaria	67	22,3
	Secundaria	183	61,0
	Superior	48	16,0
	Ninguno	2	,7
	Total	300	100,0
Ocupacion		N°	%
	Estudiante	72	24,0
	Trabajadoradependiente	104	34,7
	Ama de casa	117	39,0
	Otro	7	2,3
	Total	300	100,0
Residencia		N°	%
	Rural	212	70,7
	Urbana	68	29,3
	Total	300	100,0
ETnia		N°	%
	Indígena	20	7,0
	Mestiza	264	88,0
	Unión libre	10	3,0
	Otro	6	2,0
	Total	300	100,0

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos

La población estudiada estuvo caracterizada por pacientes con una edad media de 24 años, el 30,0% (n=90) de pacientes pertenecían al grupo etario entre 16 y 20 años, siendo el de mayor frecuencia, con respecto al estado civil se observó que el 49,3% (n=148) son casadas, siendo este el grupo de mayor frecuencia. El 61.0% (n=138) tenía un nivel de instrucción secundaria, el 22,3 %(n=22,3%) tenían un nivel primario y apenas el 16%(n=48) nivel superior. En cuanto a la ocupación se observó que el 39.0%(n=117) son Amas de Casa y que apenas el 24% (n=72) estaban estudiando. Por ultimo más de la mitad de las pacientes tenían una residencia rural y se identificaban como mestizos.

TABLA Nª 2 DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HVCM SEGÚN ACOMPAÑAMIENTO EN EL PARTO, CUENCA 2016.

Profesional que atendió el parto le permitió tener un acompañante en el parto.		
	N	%
Sí	23	7,7
No	277	92,3
Total	300	100,0

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos

De las 300 pacientes atendidas en el área de obstetricia el 92,3%(n=277) refieren que el profesional que les atendió no les permitió tener un acompañamiento durante la labor de parto.

TABLA N° 3. DISTRIBUCIÓN DE 300 PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HVCM SEGÚN EL TRATO PROFESIONAL EN EL PARTO, CUENCA 2016.

		N°	%
Profesional que atendió parto se presentó	Sí	282	94,0
	No	18	6,0
	Total	300	100,0
Profesional que atendió parto la llamaba por su nombre	Sí	257	85,7
	No	43	14,3
	Total	300	100,0
Profesional que atendió parto explicó en qué consistía el trabajo de parto	Sí	184	61,3
	No	116	38,7
	Total	300	100,0
Profesional que atendió parto explicó los procedimientos que le iban a realizar	Sí	223	74,3
	No	77	25,7
	Total	300	100,0
Lenguaje que utilizó el médico fue claro y entendible	Sí	258	86,0
	No	42	14,0
	Total	300	100,0
Profesional que atendió parto pidió permiso antes de examinarla	Sí	279	93,0
	No	21	7,0
	Total	300	100,0
Profesional que atendió el parto fue respetuoso	Nunca	9	3,0
	Algunas veces	35	11,7
	Casi siempre	98	32,7
	Siempre	158	52,7
	Total	300	100,0

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos

Las pacientes de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso en el 94% de los casos afirman que el profesional que atendió el parto si se presentó El 85,7% señala que les llamaban por su nombre. Al 61,3% de las pacientes les explicaron en qué consistía el trabajo de parto. Además, el 74,3% de las pacientes afirmaron que el profesional que atendió el parto les explicó los procedimientos que le iban a realizar. De las pacientes atendidas el 86% indico que el lenguaje utilizado por el profesional fue claro y entendible. De las pacientes atendidas el 93% indico que se les pidió permiso antes de examinarla. Y por último el 52,7% dicen que el profesional que atendió el parto siempre fue respetuoso, en el 32,7% lo fue casi siempre y en el 11,7% algunas veces.

TABLA N° 4.DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HVCM SEGÚN LA ETNIA Y ELECCION DE LA POSICION DE PARTO, CUENCA 2016.

Etnia	Profesional que atendió el parto explico que podía escoger posición para dar a luz					
	TOTAL		SI		NO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indígena	20	6,7	11	3,7	9	3,0
Mestiza	264	88,0	160	53,3	104	34,7
Blanca	10	3,3	2	0,7	8	2,7
Otros	6	2,0	1	0,3	5	1,7
Total	300	100,0	174	58,0	126	42,0

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos



De las 300 pacientes atendidas en el área de obstetricia el 53,3% (n=160) pertenecía a la etnia mestiza es la que más eligió la posición de parto.

TABLA Nº5. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HVCM SEGÚN PARIDAD Y MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL PARTO, CUENCA 2016

Paridad	Profesional que atendió el parto le explicó alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto					
	TOTAL		SI		NO	
	N	%	N	%	N	%
Nulípara	80	52,3	70	23,3	10	3,3
Múltipara	220	73,3	133	44,3	87	29,0
Total	300	125,7	203	67,7	97	32,3

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos

De las 300 pacientes atendidas en el área de obstetricia el 67,7%(n=203) represento a múltipara, indicaron que se les brindo alterativas para el manejo del dolor como masajes a nivel lumbar y terapia respiratoria.

TABLA N°6. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HVCM SEGÚN LA FRECUENCIA DEL TACTO VAGINAL, CUENCA 2016

Recuerda cuantos tactos se le realizo	Nº	%
<3	240	80
>3	60	20
TOTAL	300	100

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos

Se determinó que de las 300 que pacientes atendidas en área de obstetricia al 80 % (n=240) se les realizo menos de tres tactos.

TABLA N° 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HVCM SEGÚN EL APEGO PRECOZ, CUENCA 2016

Apego Precoz	Nº	%
Si	285	95%
No	15	5%
TOTAL	300	100%

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos

De las 300 pacientes atendidas en el área de obstetricia el 95% (n=285) señalo que tuvo apego precoz con el recién nacido y apenas el 5% no lo consiguió, esto se debió a que el RN tuvo algún diagnóstico de asfixia.



**TABLA N° 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL
HVCM SEGÚN SI RECIBIO ALIMENTACION, CUENCA 2016**

Alimentación	Nº	%
Si	290	97%
No	10	3%
TOTAL	300	100%

Elaboración: Las autoras

Fuente: Base de datos

De las 300 pacientes atendidas en el área de Obstetricia el 97% (n=290) indico que recibió alimentación, sobre todo infusiones con agua aromática con canela.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSION

El parto Humanizado es un tema que en los últimos años ha ido tomando importancia tanto a nivel Mundial como Nacional, en algunos países ya se cuenta con leyes que garantizan una atención humanizada. En el 2016 en Ecuador se comenzó a proponer la LEY ORGANICA PARA LA ATENCION HUMANIZADA DEL EMBARAZO, PARTO Y POSPARTO que consta de 19 artículos dentro de los cuales menciona aspectos como el recibir un trato respetuoso, dar información clara, realizar cualquier procedimiento con previa autorización, la posibilidad de elegir la posición de parto etc. (11), si bien esta ley aún no está vigente , nuestro país cuenta con Normas y Protocolos basados en evidencia científica que guían a los profesionales de la salud a brindar una atención de calidad a las pacientes embarazadas las cuales buscan una experiencia enriquecedora y durante el parto.

Actualmente en nuestros Centros Hospitalarios se maneja un sistema occidental biomédico en donde se considera al parto desde aspectos biológicos y técnicos apartando las necesidades emocionales y psicológicas de la madre, es decir la mujer paso de ser un sujeto activo a pasivo ya que al final ellas se terminan acomodando a las necesidades y exigencias de los profesionales de la salud impidiendo que se logre una Humanización en el Parto. A continuación, se menciona los resultados de nuestro estudio y al no contar con pocos estudios realizados a nivel Nacional los resultados se comparan con también con estudios realizados a nivel de América Latina.

La población estudiada estuvo caracterizada por pacientes con una edad media de 24 años, siendo el grupo de edad más frecuente el comprendido entre los 16 a 20 años (30,0%) con esto se puede comparar con otros estudios en donde señala que las adolescentes son más susceptibles a recibir un trato diferente por su condición(12).



Con respecto a eso en este estudio se observó que más del 90 % de las pacientes recibieron un trato respetuoso lo cual se manifestó en que se dirigían a ellas por su nombre, utilizaron un lenguaje claro y entendible para infórmale sobre su condición además de que siempre se les pidió permiso para cualquier procedimiento esto puede deberse a que el personal de salud que atendió el parto esta consciente de cómo se debe tratar a cada progenitora estas cifras coinciden con el estudio de Pereira y Domínguez realizado en Brasil en el año 2012, con 326 embarazadas en donde el 90.8% afirmó que recibieron un trato respetuoso(12). Estos resultados reflejan la importancia que a nivel internacional tiene la introducción de normas o leyes que promuevan una atención Humanizada del parto para que la mujer sea considerada y tratada con respeto de manera individual y personalizada garantizando su intimidad durante todo el proceso de modo que facilite tomar decisiones en todo el parto.

Un punto importante para garantizar la humanización del parto es permitirle a la paciente tener un acompañante ya sea un familiar o un amigo cercano que le brinde apoyo el cual debe ser continuo es decir permanecer junto a la embarazada durante todo el parto pues se ha evidenciado beneficios como una menor duración del trabajo de parto, del dolor y menores índices de cesáreas, en esta investigación se obtuvo que al 92.3% de las pacientes no se les explicó que podía tener un acompañante esto se pudo deber a la falta de conocimiento del personal de salud sobre el tema o que la infraestructura unidad operativa no contaba con el espacio suficiente, similares conclusiones se obtuvo en un estudio realizado por Amorim-Malheiros en el 2012 en el Hospital de Santa Catalina Brasil en donde se entrevistó a enfermeras del área de obstetricia que señalaron que esto debió a dos componentes resistencia de profesionales de la presencia de la compañera; falta de infraestructura física y recursos humanos y materiales(13). Como observamos en ambas situaciones la razón es lo mismo por lo que es importante realizar un cambio en esto, en Cuenca ya se cuenta con un centro de salud inclusivo el Carlos Elizalde(14) que permite el acompañamiento y cuentan con las instalaciones adecuadas ya que conocen la importancia de esto.



Dentro del parto Humanizado está elegir la libre posición del parto respetando las practicas ancestrales y culturales de las pacientes, en la provincia del Azuay de los partos que se atendieron en el 2015 según la INEC las posiciones que escogieron la mayoría fue la litotómica (4.960 partos) le siguió la posición de cuclillas (60 partos), luego la posición de pie (41 partos), arrodillada (26 partos) y finalmente la sentada y acostada a lado fue de 20 partos cada una, como se ve la posición decúbito dorsal es la que más eligió las pacientes(15) similar situación se dio en nuestro estudio pues más del 70% eligió lo mismo pero a qué se debe esto , si bien la Organización Mundial de la Salud recomienda que la parturienta no sea colocada en posición de litotomía durante el trabajo de parto y parto ya que la considera perjudicial e ineficaz(16)se puede entender que estos datos reflejan la medicalización del parto es decir que a esta posición ginecológica paso a ser considerada la más adecuada para la realización de procedimientos hospitalarios y por ende fue adoptada como la clásica forma para nacer. Es Cuenca como se mencionó anteriormente existe el Centro Carlos Elizalde en donde en el año 2014 por cada 10 partos atendidos, en este establecimiento de salud, 2 han sido verticales, en cambio, en el año 2015, se han atendido 13 partos de los cuales 6 han optado por el parto vertical(14) . El incremento, de esta práctica, se debe a la promoción que realizan los establecimientos de salud del MSP a través del proceso de Promoción de la Salud e Igualdad.

Con respecto al manejo del dolor El Comité de Taxonomía, de la International fort-heStudy of Pain (IASP), desde 1986, le dio a la palabra dolor el concepto de ser una experiencia sensorial, emocional de forma desagradable, asociándola a las lesiones de tejidos, reales o potenciales; ella está envuelta por sensaciones subjetiva, cada individuo utiliza la palabra dolor de acuerdo con sus experiencias previas, constituyendo, de cierta forma, una vivencia emocional, es por eso que en la mayoría de mujeres el dolor de parto es como la peor experiencia de su vida por lo tanto es necesario brindarle una atención adecuada para ayudarle que lo que viva sea recordada de la mejor manera(17) (18), en esta investigación se evidencia que el 67.7% de las pacientes recibieron alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor desde técnicas de relajación donde se encuentra la libre deambulaci3n



que se le permitió al 89% de la mujeres, el cambio de posición, masajes, técnicas de modulación respiratorio, un estudio realizado en El Centro de Salud de Loreto Orellana en el 2014 muestra que el grado de satisfacción se relaciona con el nivel de dolor.(19)

Por lo tanto, la actitud profesional es de relevante importancia en la asistencia a la parturienta, desde un abordaje con empatía y respeto asociándosele a estas alternativas con el objetivo aliviar el dolor, tan presentes en las parturientas.

Con respecto al tacto vaginal si bien es un examen de rutina en la mujer y cuyo fin es evaluar el progreso del parto este debe ser realizado solo cuando sea estrictamente necesario respetando a si la dignidad de la mujer, el número de exámenes vaginales debe limitarse generalmente una vez cada cuatro horas es suficiente nos dice la guía del MSP y si el parto progresa con rapidez se puede limitar a uno, en esta investigación se determinó que en más de la mitad de las embarazadas se le realizó menos de tres tactos durante el trabajo de parto esto no ocurrió en el estudio realizado por Castellanos(20) en donde se evidencio que a más del 32,7% se realizó tactos reiterados, es importante cumplir con la normas pues así evitaremos complicaciones.

Durante el trabajo de parto y el parto las embarazadas sienten fatiga, sed es por eso que demandan alimentos durante todo este proceso, el estar así causa más ansiedad en la paciente, esta intranquila y por lo tanto ya la atención no sería la mejor es por eso que es importante bríndale líquidos claro como lo recomienda las normas(21) es así que en este estudio se vio que 97% de las pacientes recibió infusiones brindándole el bienestar que busca la persona.

En cuanto al apego precoz con el recién nacido el 95% de las pacientes afirmo que, si se le permitió el contacto inmediato y apenas el 5% no lo consiguió, esto pudo deberse a que el RN tuvo algún diagnóstico de asfixia, en el estudio de Pereira y Domínguez(12) el 96,4% se les permitió el contacto y apenas al 3,6% no, no especifica él porque, pero se evidencia que los resultados son casi similares, y



he aquí la importancia de que esto se cumpla pues en el futuro en aquello RN que no se dio apego precoz puede ser causa de un abandono temprano de la lactancia

Todo lo anterior permite afirmar que la mayoría de lo que se considera un parto humanizado se cumple, esto se comparó con un estudio realizado en la ciudad de Quito – Ecuador a inicios de este años con una muestra de 42 mujeres se trató de ver si existió Parto Humanizado según el sitio de atención, se obtuvo que a nivel privado se atendieron 26 mujeres de las cuales el 80% tuvieron un parto humanizado mientras que a nivel público se atendieron 16 madres de las cuales más de la mitad (56%) no tuvieron un parto humanizado(22) por lo que se concluye que en las maternidades de centros de salud públicas no están cumpliendo con dar una atención en salud de calidad aplicando de manera adecuada los contenido de normas, protocolos basados en evidencia científica. Por último, estos resultados son alentadores si bien falta por cumplir en algo importante como el acompañamiento, estamos evidenciado que se hace uso de las normas, pero se puede ir mejorando con el fin de brindar la mejor atención a las embarazadas y vivir junto a ellas el más hemos acto que es dar una nueva vida.



CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

Se observa que en este estudio las pacientes atendidas en el área de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante un periodo de tres meses en el año 2016, el 94% tuvo un trato respetuoso, el 7,7% se le explico que podía tener un acompañante, al 58,0% se le permitió elegir la posición de parto, al 67,7% se le brindo alternativas para el manejo del dolor. Al 80% se le realizo menos de tres tactos vaginales. El 95% tuvo apego precoz con el recién nacido y al 97% se le brindo alimento (infusiones).

7.2 RECOMENDACIONES

- Se debe cada vez ir actualizando sobre las prácticas para conseguir mejores resultados.
- Adecuar el ambiente de la sala de parto que le permita la elección del acompañante en el momento del parto.
- Se podría lograr mejor el manejo de dolor si los profesionales de la salud recibieran una capacitación sobre las diferentes alternativas no farmacológicas.
- Se realice un estudio que permita conocer el conocimiento que tiene el personal de salud sobre una atención humanizada.
- Se recomienda realizar posteriores estudios que permitan establecer la percepción de las pacientes con respecto al parto humanizado.



CAPÍTULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

7.1. BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. González Taveras A. El parto Humanizado como respuesta a la violencia obstétrica. Rev Estudios Críticos D. 2015; 77:1.
2. Castrillo B. De partos y derechos en el camino hacia la humanización. En: VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace 27 al 29 de julio de 2016 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina [Internet]. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas. Sección de Antropología Social; 2016 [citado 4 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=eventos&d=Jev8181>
3. Sedano LM, Sedano MC, Sedano MR. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(6):866–873.
4. Conesa Ferrer MB, others. Comparativa de dos modelos diferentes de asistencia al parto y su influencia en la satisfacción de la mujer con la experiencia del parto. 2014 [citado 4 de julio de 2017]; Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/284442>
5. Consejo Nacional de Salud. Políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos [Internet]. 2007. Disponible en: file:///C:/Users/user/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/758fu0nc.default-1463254467754/zotero/storage/EIDWANQB/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf
6. Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el «parto humanizado» y la violencia obstétrica. RevEstudFem. Abril de 2016; 24(1):101-17.
7. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. 2014; 14.23:1-4.
8. Asamblea Nacional. Informe para el primer debate del proyecto de ley orgánica para la atención humanizada del embarazo parto y posparto. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/filesasambleanacionalnameuid-29/Leyes%202013-2017/217%20ley-parto-hum-grivadeneira-15-03-2016/Inf-1d-parto-humanizado-25-08-2016.pdf>
9. Andrango Lara JL, GualánGualán PDJ. Índice de cobertura en atención del parto institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el periodo enero 2013 a septiembre 2013. [Internet] [B.S. thesis]. Quito, UCE; 2014 [cita-



do 4 de julio de 2017]. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4465>

10. SesiaP, Sachse M, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. 2012; 17 Supl1. Disponible en:
<file:///C:/Users/user/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/758fu0nc.default-1463254467754/zotero/storage/RUMKH54W/Cn121s-02.pdf>
11. Urbano C, Leonela E. Programa de actualización de la atención al personal de enfermería del área de hospitalización sala C, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, Quito 2015 [Internet]. 2016 [citado 4 de julio de 2017]. Disponible en: <http://186.3.45.37/handle/123456789/4165>
12. MSP. Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y de los recién nacidos. Diciembre 2011.
13. Rivadeneira G. Ley de practica intercultural para el parto humanizado en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2016. Disponible en:
<http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/ff847adc-d6e6-45f6-ab70-e598b9175bfa/Proyecto%20de%20Ley%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Intercultural%20para%20el%20Parto%20Humanizado%20en%20el%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20Tr.%20242034.pdf>
14. MSP. Implementación y fortalecimiento del parto en libre posición [Internet]. 2014. Disponible en:
https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas/52/Estrategia_macro_parto_respetado.pdf
15. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Quito [Internet]. 2015; Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf>
16. Casal-Moros N, Alemany-Anchel M. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *IndexEnferm.* 2014;23(1-2):61–64.
17. Westbrook LK. El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. 2015 [citado 4 de julio de 2017]; Disponible en: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245/
18. Aneite, Josmery; Feo, Alejandra; Toro Merlo, Judith. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Marzo de 2012; Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=664589&indexSearch=ID>



19. Espinoza Rojas JL. Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del Centro Obstétrico del Hospital San Juan de Lurigancho enero 2014. 2014 [Citado 4 de Julio de 2017]; Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/3527>
20. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd; 2013 [citado 4 de julio de 2017]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
21. Freire Martell G. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. Matronas [Internet]. 16 de febrero de 2016; Disponible en: <http://enfermeriagaditana.coecadiz.com/hidratacion-y-alimentacion-durante-el-trabajo-de-parto/>
22. Suarez-Cortes M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. RevLat Am Enfermagem. junio de 2015;23(3):520-6.
23. Sartori AL, Vieira F, Almeida NAM, Bezerra ALQ, Martins CA. Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. EnfermGlob. 2011;10(21):0-0.
24. García Cuesta E., TeranRodriguez V. La episiotomía en la era del parto humanizado [Internet]. Universidad de Cantabria; 2013. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/2999/GarciaCuestaE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Pérez-Alcalá M-E. Las diferentes posiciones maternas en el parto. 2015 [citado 4 de julio de 2017]; Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1548>
26. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. agosto de 2013; Pub Med.
27. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Pub2 [Internet]. 15 de julio de 2013; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23857468>
28. Rubio-Romero JA, Ruiz-Parra AI, Martínez F, Muñoz-Restrepo J, Muñoz LA, Arévalo-Rodríguez I, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. RevColombObstetGinecol. 2013;64(4):379-424.
29. Fernández Medina IM. Alternativas analgésicas al dolor de parto. EnfermGlob. 2014;13(33):400-406.



30. Ballesteros Meseguer C, López Pay MD, Martínez Román C. La exploración vaginal durante la asistencia al parto. 2012 [citado 4 de julio de 2017]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/44870>
31. Freire Martell G. Hidratación y alimentación durante el trabajo de parto. Matronas [Internet]. 16 de febrero de 2016; Disponible en: <http://enfermeriagaditana.coecadiz.com/hidratacion-y-alimentacion-durante-el-trabajo-de-parto/>
32. Las posturas y el papel de lo emocional [Internet]. Parto Humanizado. 2012. Disponible en: <http://partohumanizado.weebly.com/caracteriacutesticas.html>
33. MSP, CONASA. guíaTécnica para la atención del parto culturalmente adecuado. agosto del de 2008; Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/msp_2008_guia_tecnica_atencion_parto_culturalmente_adecuado_0.pdf
34. Zhunio Morocho P., Andrade López L. Frecuencia de apego precoz y su relación con los conocimientos y destrezas adquiridas sobre lactancia materna durante el puerperio inmediato en madres adolescentes atendidas en el HVCN. [Internet]. [Cuenca]: Universidad Estatal de Cuenca; 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25706/1/TESIS%20CD.pdf>
35. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME de, Gorayeb MK, Ebele RR. Reasons which lead the health services not to allow the presence of the birth companion: nurses' discourses. Texto Contexto - Enferm. Junio de 2014;23(2):270-7.
36. Producción Hospitalaria_MSP_2015_V9 - Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud - MSP Ecuador | TableauPublic [Internet]. [Citado 4 de julio de 2017]. Disponible en: https://public.tableau.com/profile/andres.hualca8739#!/vizhome/Produccionhospitalaria_MSP_2015_V9/MENU
37. Gayeski ME, Brüggemann OM. Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. RevLat Am Enfermagem. 2009;17(2):153–159.
38. Gómez JO, Palacio-Abizanda FJ, Fornet-Ruiz I. Técnicas analgésicas para el parto: alternativas en caso de fallo de la epidural. En: Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. [Citado 4 de julio de 2017]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/28339>
39. García-Rodríguez Y, Anaya-González J, Acosta-Limaico M, Álvarez-Moreno M, López-Aguilar E, Vasquez-Figueroa T. Satisfacción de las mujeres atendidas con el parto culturalmente adecuado en Loreto, Orellana (2016). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología[revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Jul 4]; 42(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/114>



40. Casal-Moros N, Alemany-Anchel M. Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *IndexEnferm.* 2014;23(1-2):61–64.
41. Jacome Machuca M. Campaña de publicidad social sobre la importancia del parto natural [Internet] [Investigativo]. [Guayaquil]: UDLA; 2017. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6889/1/UDLA-EC-TPU-2017-02.pdf>
42. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub
43. Vela Coral G del P. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. 2015 [citado 4 de julio de 2017]; Disponible en: <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/4278>

ANEXOS

ANEXO N°1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido.	Social	Cedula de identidad Historia clínica	< 15 años 16-20 años 21-25 años 26-30 años 31-35 años 36-40 años >40años
Instrucción	Es el grado de estudios realizados.	Educativo	Tipos	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Ninguna
Residencia	es el lugar o sitio donde está ubicado algo o alguien	Social	Anamnesis	1. Urbana 2. Rural



Ocupación	Trabajo o actividad en la que una persona emplea su tiempo.	Social	Anamnesis	1. Estudiante 2. Trabajador 3. Ama de casa 4. Otros 5. Ninguna
Etnia	conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y generalmente a una misma comunidad lingüísticas y cultural	Social	Anamnesis	1. Mestizo 2. Indígena 3. Blanco 4. Otros
Paridad	Estado de haber parido uno o más lactantes con un peso igual o mayor a 500 gramos vivos o muertos	Biológicas	Anamnesis	1. Nulipara 2. Multípara



Parto Humanizado	Es el acto de nacimiento de un nuevo ser donde se respeta a los protagonistas y se los acompaña en la toma de decisiones seguras e informadas sobre este evento vital familiar.	<p>Trato profesional</p> <p>Acompañamiento durante el trabajo de parto</p> <p>Elección de la posición del parto</p> <p>Tacto vaginal</p> <p>Manejo del dolor</p> <p>Alimentación</p> <p>Apego precoz</p>	Anamnesis	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>
------------------	---	--	-----------	---------------------------



ANEXO Nº 2 ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

**“CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE PARTO HUMANIZADO EN PACIENTES DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2016”**

Fuente: Vela Coral G del P. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015.Lima-Peru

Nº de encuesta: **Fecha:** .../...../... **Hora:**.....

I. Características sociodemográficos

1. Edad: ... Años
2. Estado civil: () Soltera () Casada () Unión libre () Otro.....
3. Nivel de instrucción:
() Primaria () Secundaria () Superior Años aprobados..... Ninguno ()
4. Residencia: () Urbana () Rural
5. Ocupación:
() Estudiante () Trabajadora dependiente () Ama de casa ()
Otro:.....
5. Paridad:
Nulípara () Multípara ()

II. Parto Humanizado

Trato profesional.

5. ¿Cuándo ingresó a centro obstétrico el profesional que atendió su parto se presentó con usted?



☐ Si ☐ No

6. ¿Cuándo el profesional atendió su parto se dirigía a usted, la llamaba por su nombre?

☐ Si ☐ No

7. ¿El profesional que atendió su parto le explicó en qué consistía el trabajo de parto?

☐ Si ☐ No

8. ¿El médico que atendió su parto le explicó los procedimientos que le iban a realizar durante su trabajo de parto?

☐ Si ☐ No

9. El lenguaje que utilizó el médico fue claro e entendible?

☐ Si ☐ No

10. ¿El profesional que atendió su parto le pidió permiso antes de examinarla?

☐ Si ☐ No

11. ¿Con qué frecuencia el profesional que atendió su parto fue respetuoso con Ud.?

☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐ Casi siempre ☐ Siempre

Acompañamiento

12. ¿El profesional que atendió su parto le explicó que usted podía decidir tener un acompañante al momento de su parto?

☐ Si ☐ No

13. ¿El profesional que atendió su parto le explicó que el acompañante que usted escogiera debía de ayudarla a calmarla, relajarla darle apoyo?



☐ Si ☐ No

Posición para el parto

14. ¿El profesional que atendió su parto le explicó que Ud. podría escoger la posición para dar a luz?

☐ Si ☐ No

15. ¿El profesional que atendió su parto le enseñó las posiciones para el trabajo de parto?

☐ Si ☐ No

16. ¿De las siguientes posiciones para el parto cual conoce usted?

a). Echada b). Sentada c). De pie d). En cuclillas

17. ¿El profesional que atendió su parto le explicó que Ud. podía deambular libremente mientras dure el trabajo de parto?

☐ Si ☐ No

18. ¿Le permitieron cambiar de postura para su mayor comodidad mientras duró el trabajo de parto?

☐ Si ☐ No

Manejo del dolor de parto.

19. ¿Cuándo usted sentía que perdía el control de sí misma por dolores en el trabajo de parto, el profesional que le atendió su parto le ayudo a controlarse?

☐ Si ☐ No

20. ¿El profesional que atendió su parto le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor durante el parto?

☐ Si ☐ No



21. ¿Las alternativas ofrecidas le permitieron aliviar el dolor de parto?

☐ Si ☐ No

Tacto Vaginal

22. ¿El profesional que le realizó el tacto le pidió permiso antes de examinarla?

☐ Si ☐ No

23. ¿El profesional que le realizó el tacto le explicó por qué lo hacía?

☐ Si ☐ No

24. Recuerda cuantos tactos se le realizó?

Si ☐ #____ No ☐

Alimentación:

25. Se le ofreció algún alimento o bebida durante el trabajo de parto y el parto?

☐ Si ☐ No

Apego Precoz

26. Existió apego precoz?

☐ Si ☐ No



ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
Consentimiento Informado

Nosotras: María del Carmen Paucar Paccha con cédula de ciudadanía 0705652121 y Ximena Alexandra Cochancela Alvear con cédula de ciudadanía 0104795612, estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Cuenca, estamos realizando una investigación con el objetivo de **IDENTIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL PARTO HUMANIZADO EN PACIENTES DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO 2016**. El estudio requiere la participación de alrededor de 300 pacientes del área de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, su colaboración se realizará mediante el llenado de una encuesta que constatará de 26 preguntas dicotómicas, con una duración de aproximadamente 15 minutos por participante.

Su participación en este estudio es completamente anónima, no tiene ningún riesgo y no existe ningún incentivo económico. Los beneficios que derivan de este estudio son: conocer la realidad Parto Humanizado en pacientes del departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, yo _____ identificado con el número de cédula _____ acepto voluntariamente participar en este estudio.

Toda la información que proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas involucradas en este estudio: si se llegaran a publicar los resultados del estudio, mi identidad no podrá ser revelada. También entiendo que tengo derecho a negar mi participación en el estudio, sin que esto tenga consecuencias.

Nota: En caso de mayor información podrá contactarme a _____ con este número de celular.

Firma